FORMULARIO DE LA FARMACIA PARA INSCRIPCIÓN DE NUEVOS PACIENTES

Por favor envíe este formulario por correo electrónico o por fax al (310) 669-5609 or priorauth@dhs.lacounty.gov

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre: (Apellido, Nombre, 2do Nombre)		Número de Mi Plan Health LA:
Fecha de Nacimiento:	Género: (Marque uno) ☐ Masculino ☐ Femenino	Alergias:
Dirección:	Dirección #2: (Con número de apartamento, etc.)	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Contacto Primario #:	Teléfono celular #:	Idioma de Preferencia:

INFORMACIÓN DE SU CLÍNICA Y MEDICAMENTOS		
Nombre de la clínica:	Nombre del médico:	
Dirección de la clínica:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono #:	Fax #:	Correo electrónico:

PREFERENCIA DE ENTREGA
Envoltura Especial: (Por favor marque una) ☐ Con Tapón de Seguridad **OR** ☐ Sin Tapón de Seguridad (Una tapadera fácil de abrir)
Opción para enviar medicamentos: (Por favor marque una) ☐ A la Casa del Paciente **OR** ☐ A la Clínica

Declaración del Paciente

Al firmar a continuación entiendo que mi participación en el programa de surtidos por correo es voluntario y depende de mí proporcionar una dirección válida en el Condado de los Ángeles. Si no cumplo en proporcionar una dirección confiable, se me descalificará del programa de surtidos por correo, y posteriormente tendré que hacer arreglos para recoger los medicamentos por mi cuenta. También entiendo que es mi responsabilidad solicitar medicamento(s) usando el sistema de resurtido telefónico automatizado (IVR) con suficiente anticipación.

Además, entiendo que es mi responsabilidad tener que actualizar mi dirección con la farmacia si tengo algún cambio en mi dirección preferida. **Al firmar este formulario de consentimiento, yo estoy indicando que entiendo perfectamente la certificación y que estoy de acuerdo con prescripciones por correo a la dirección indicada.**

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____